

**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO RELATIVA AO LABORATÓRIO - IDENTIFICAÇÃO DE
VÍNCULO GENÉTICO**

Responsável pela coleta e envio do material:

Eu, _____
Profissão _____ documento de identidade nº _____
emitido por _____ declaro que acompanhei a coleta das amostras biológicas dos
periciados para fins de investigação de paternidade / maternidade / forense. Declaro que
conferi os documentos de identificação apresentados e responsabilizo-me pelas
identificações das mesmas, assim como fui responsável por lacrar os tubos de coleta com as
amostras.

Identificação dos Periciados:

Cargo:

() Perito () Perito auxiliar () Responsável pela coleta

Assinatura _____

Local _____ Data: ____/____/____

Local onde foi realizada a coleta

Nome ou razão social: _____

Endereço: _____

Cidade _____ Estado _____ CEP: _____

Telefone: _____

Tipo de caso

() Particular () Judicial () Extrajudicial

Em caso judicial ou extrajudicial incluir:

Número do processo: _____

Vara de tramitação: _____

Caso o laboratório seja nomeado como perito, deverá inserir o endereço do fórum

Endereço: _____ CEP _____

Cidade _____ Estado _____

Enviar diretamente ao fórum? () Sim () Não

IDENTIFICAÇÃO E DECLARAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

MÃE

Declaro, para os devidos fins, que autorizei a obtenção de amostra biológica para realização do exame de Vínculo Genético, e que assisti a coleta de todos os envolvidos neste teste. Assumo a responsabilidade por qualquer consequência advinda desta prática. Declaro ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras.

Certifico que fui devidamente esclarecido (a) que existe a possibilidade de resultados inconclusivos, e as conclusões desse exame tem como base as informações sobre parentesco e filiação ditados na perícia. Informações incorretas em relação ao parentesco e à filiação dos envolvidos podem ocasionar resultados inconclusivos ou inválidos.

Nome Legível: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Realizou transplante de medula em algum momento da vida ou transfusão sanguínea nos últimos 6 meses: () Sim () Não

Testemunhei a coleta de amostra biológica dos demais envolvidos, conferi a identificação no material coletado e sou responsável pelas informações oferecidas.

Assinatura da mãe

Polegar direito

IDENTIFICAÇÃO E DECLARAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

FILHO

Declaro, para os devidos fins, que autorizei a obtenção de amostra biológica para realização do exame de Vínculo Genético, e que assisti a coleta de todos os envolvidos neste teste. Assumo a responsabilidade por qualquer consequência advinda desta prática. Declaro ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras.

Certifico que fui devidamente esclarecido (a) que existe a possibilidade de resultados inconclusivos e as conclusões desse exame baseiam-se nas informações sobre parentesco e filiação ditado na perícia. Informações incorretas em relação ao parentesco e à filiação dos envolvidos podem gerar resultados inconclusivos ou inválidos.

Nome Legível: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Realizou transplante de medula em algum momento da vida ou transfusão sanguínea nos últimos 6 meses: () Sim () Não

Testemunhei a coleta de amostra biológica dos demais envolvidos, conferi a identificação no material coletado e sou responsável pelas informações oferecidas.

Assinatura do filho, ou da mãe ou responsável legal.

Polegar direito

IDENTIFICAÇÃO E DECLARAÇÃO DOS ENVOLVIDOS

SUPOSTO PAI

Declaro, para os devidos fins, que autorizei a obtenção de amostra biológica para realização do exame de Vínculo Genético, e que assisti a coleta de todos os envolvidos neste teste. Assumo a responsabilidade por qualquer consequência advinda desta prática. Declaro ainda que as informações contidas neste documento são verdadeiras.

Certifico que fui devidamente esclarecido (a) que existe a possibilidade de resultados inconclusivos e as conclusões desse exame baseiam-se nas informações sobre parentesco e filiação ditado na perícia. Informações incorretas em relação ao parentesco e à filiação dos envolvidos podem gerar resultados inconclusivos ou inválidos.

Nome Legível: _____ CPF: _____

Endereço: _____ Cidade: _____

Telefone: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Realizou transplante de medula em algum momento da vida ou transfusão sanguínea nos últimos 6 meses: () Sim () Não

Testemunhei a coleta de amostra biológica dos demais envolvidos, conferi a identificação no material coletado e sou responsável pelas informações oferecidas.

Assinatura do suposto pai

Polegar direito